



保存検査依頼書

FAX:0155-66-6880

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

依頼者名	ID. _____	部署名	部	課
		担当者名		様
住所	〒	電話:	FAX:	
		Email		

受付 NO	試験試料名 (成績書記載事項)	提出数	試験項目	
			保存検査	
			(検査日)保存日数	温度
1			(/ /) 初発	℃
2			(/ /) 日保管	℃
3			(/ /) 日保管	℃
4			(/ /) 日保管	℃
5			(/ /) 日保管	℃
6			(/ /) 日保管	℃
7			(/ /) 日保管	℃
8			(/ /) 日保管	℃
9			(/ /) 日保管	℃
10			(/ /) 日保管	℃

項目一覧	1.一般生菌数 2.大腸菌群 3.大腸菌 4.黄色ブドウ球菌 5.サルモネラ 6.O-157 7.リステリア 8.カンピロバクター 9.拭取り検査 10.官能試験
------	--

備考	

受付日	年	受領者	※受領時温度
			1.常温
			2.冷蔵
			3.冷凍
	計	件	